

# **Mesura de Govern d'Acció Conjunta per la Reducció de les Desigualtats Socials en Salut**

---

Novembre de 2015

## Índex

» 00.	Preàmbul.....	1
» 01.	Introducció.....	1
1.1.	La salut a Barcelona .....	1
1.2.	Les desigualtats socials en la salut i els seus determinants .....	2
1.3.	Les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona .....	4
	• Les desigualtats en salut segons territori.....	4
	• Les desigualtats en salut segons gènere .....	6
	• Les desigualtats en salut segons nivell socioeconòmic .....	7
	• Les desigualtats en salut segons país d'origen.....	8
	• Les desigualtats en salut segons opció sexual.....	8
1.4.	Intervencions per reduir les desigualtats en salut.....	9
	• Recomanacions sobre línies prioritàries d'acció .....	9
	• Principis d'intervenció.....	10
	• Intervencions de salut comunitària .....	10
	• Acció intersectorial per reduir les desigualtats en salut .....	11
	• Avaluació d'impacte en salut.....	12
» 02.	Objectius de la Mesura de Govern .....	12
» 03.	Accions .....	12
a.	Acció conjunta de Govern .....	13
b.	Accions del Comissionat de Salut .....	13
» 04.	Seguiment.....	15
» 05.	Referències.....	16

## » 00. Preàmbul

Barcelona compta amb bons indicadors de salut, inclosa una bona esperança de vida, però existeixen preocupants desigualtats entre els barris, com ara la diferència d'11 anys d'esperança de vida entre Torre Baró i Pedralbes. L'aplicació a la ciutat de l'eina de l'Organització Mundial de la Salut *Urban HEART* i la seva publicació per primera vegada en l'informe de salut anual ha permès identificar 18 barris amb pitjors indicadors socioeconòmics i de salut on prioritzar accions per reduir les desigualtats territorials. Aquestes desigualtats no tenen la seva causa principal en els recursos i els equipaments sanitaris dels quals disposa la ciutat, sinó que depenen d'altres tipus de condicionants com són la situació econòmica, els treballs realitzats, l'entorn urbà i l'habitatge, el medi ambient, entre altres: els anomenats determinants socials de la salut. A l'hora, la disponibilitat i qualitat de serveis sanitaris públics és clau per donar resposta a les desiguals necessitats de salut i per la qualitat de vida de les persones que pateixen problemes de salut i les seves famílies.

El Govern pren el compromís de treballar per reduir aquestes desigualtats entre els barris, així com altres desigualtats en salut entre grups socials, com ara les de classe social, gènere, país d'origen. Per aconseguir l'objectiu, caldrà combinar accions des de la pròpia àrea de Salut i una acció multisectorial, coordinada i integral de totes les àrees del Govern. El que aquí es presenta constitueix un primer paquet de mesures que caldrà anar revisant i millorant al llarg de la legislatura. La reducció de les desigualtats en salut esdevindrà doncs una de les maneres de mesurar l'assoliment d'una Barcelona més justa i feta en comú.

## » 01. Introducció

### 1.1. La salut a Barcelona

Barcelona és una ciutat amb 1.613.281 persones empadronades, aproximadament 1 de cada 5 és més gran de 65 anys, i augmenta la població gran que viu sola. Un 22% de la població és nascuda fora de l'Estat espanyol. La taxa d'atur segons la EPA se situa el 2014 en el 17%, i només el 52% percep alguna prestació o subsidi d'atur.

L'esperança de vida de la població barcelonina és alta, i continua creixent, l'any 2013 era de 80,7 anys en els homes i de 86,6 en les dones. Les principals causes de mortalitat són el càncer i la malaltia cardiovascular. La mortalitat prematura mostra com a primeres causes el càncer de pulmó i la malaltia isquèmica del cor en els homes i el càncer de mama i el de pulmó en les dones. Les malalties cròniques són la causa del 80% de la mortalitat i consumeixen més del 50% dels recursos del sistema sanitari. Segons dades de l'última Enquesta de Salut de Barcelona realitzada l'any 2011, entre els trastorns crònics més prevalents destaquen la tensió arterial alta i el colesterol elevat; seguits de trastorns que limiten funcionalment com el mal d'esquena i l'artrosi, que es dupliquen en les dones. El 22% de les dones i el 15% dels homes declaren tenir una salut general regular o dolenta, i cal assenyalar que un 11% dels homes i un 17% de les dones tenen una mala salut mental. A més a més, un 10,7% dels homes i un 10,3% de les dones pateixen obesitat.

L'any 2014 segueixen produint-se embarassos en dones adolescents (al voltant de 800 l'any), la majoria dels quals acaben en avortament. D'altra banda, malgrat la disminució de les malalties transmissibles, són importants les infeccions per tuberculosi i el VIH (amb uns 300 casos cada una l'any 2014), i creixen altres malalties de transmissió sexual. Quant als hàbits saludables, malgrat l'alt nombre de persones que caminen i l'augment de persones que realitzen activitat física moderada o intensa, encara hi ha un 56% d'homes i un 68% de dones que no realitza cap activitat física en el temps de lleure. D'altra banda, si bé disminueix la població fumadora i augmenta la població que no ha fumat mai, encara hi ha un 22% d'homes i un 16% de dones fumadores habituals. (Bartoll et al., 2013; Bartoll 2015)

## 1.2. Les desigualtats socials en la salut i els seus determinants

La salut, entesa com un estat de complet benestar físic, mental i social, i no només com l'absència d'afeccions o malalties, depèn d'un ampli ventall de determinants, la majoria dels quals estan fora del sistema sanitari. Els determinants socials de la salut són les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Aquestes circumstàncies són el resultat de la distribució dels diners, el poder i els recursos a nivell mundial, nacional i local, que depenen finalment de les polítiques públiques adoptades (CSDH 2008).

Els determinants socials de la salut expliquen la major part de les desigualtats en la salut, és a dir, les diferències sistemàtiques en l'estat de salut entre diferents grups socioeconòmics (Whitehead 1992). Tres són les característiques distintives que, combinades, fan que simples variacions o diferències en matèria de salut es converteixin en desigualtats socials en la salut. Són sistemàtiques, socialment produïdes (i per tant modificables), i injustes. Les desigualtats socials en salut són generades directament o indirectament per factors socials, econòmics i ambientals, i estils de vida influenciats estructuralment. El més important és que aquests determinants de les desigualtats socials en la salut són susceptibles de canvi (Whitehead and Dahlgren 2007).

Els principals models conceptuals de les causes de les desigualtats en salut distingeixen entre determinants estructurals i intermedis (Figura 1). Entre els primers hi ha el context socioeconòmic i polític, en el qual la interacció entre governs i actors socials determinen la conformació del context macroeconòmic, del mercat de treball i de l'Estat de Benestar, aspectes que afecten de forma important a l'estratificació social i la distribució de poder i recursos dins d'ella. Els diferents eixos de desigualtat, com són la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia o la raça i el territori de procedència i/o de residència, determinen jerarquies de poder a la societat, que repercuteixen en les oportunitats de tenir una bona salut a través de l'exposició als anomenats determinants intermedis. Aquests factors inclouen en primer lloc els recursos materials, com són les condicions d'ocupació (situació laboral, precarietat) i treball (riscos físics i ergonòmics, organització i entorn psicosocial), la càrrega de treballs no remunerats de la llar i de cura de les persones, el nivell d'ingressos i la situació econòmica i patrimonial, la qualitat de l'habitatge i els seus equipaments, i el barri o àrea de residència i les seves característiques. Aquests recursos, juntament amb la posició de poder, tenen un impacte en la salut tant directe, com indirecte, influint en processos psicosocials com la manca de control, l'autorealització, o les situacions d'estrès, i en les conductes amb influència en la salut. Finalment, encara que els serveis sanitaris, en si mateixos, no constitueixen el factor principal de generació de les desigualtats en salut; poden tenir un efecte tant multiplicador com amortidor de la desigualtat, depenent de si l'accés, utilització i qualitat dels mateixos són menors, iguals o majors per als grups socials menys afavorits. (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015)

Figura 1. Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut



En les àrees urbanes, els factors socials que causen o determinen la salut i les desigualtats en salut de la ciutadania inclouen apartats molt diversos (Figura 2): a) La Governança entesa com tots els àmbits de govern d'una ciutat. b) L'entorn físic que inclou, entre altres, l'urbanisme i l'habitatge: les intervencions de regeneració urbana integral que tenen present les múltiples causes de l'entorn i estan fetes amb participació veïnal milloren la salut i l'equitat en salut. També inclou el transport i el mediambient: la promoció d'automòbils i manca d'espais públics i zones verdes té un impacte negatiu sobre la salut de la població i l'equitat amb a efectes negatius com el soroll, la contaminació ambiental, les lesions de trànsit, i la manca d'activitat física, especialment en les persones amb menys recursos. Tot i la reducció de l'ús del cotxe particular i la promoció del transport públic, la bicicleta i poder caminar, cal desenvolupar intervencions que promoguin un transport públic saludable accessible per tothom; c) El context socio-econòmic com per exemple l'ocupació i el treball: Quedar-se en atur, no percebre prestacions econòmiques o portar molt de temps en aquesta situació son causes de mala salut. Quan es té una feina, la inseguretat i la precarietat laboral derivada de males condicions d'ocupació i treball també determinen tenir una pitjor salut i la generació de desigualtats. També els serveis sanitaris: amb les retallades dels darrers anys, ha empitjorat tant la qualitat, els resultats en salut i l'accessibilitat al sistema (com les llistes d'espera) creixent cada cop mes el flux de recursos públics cap a centres privats. D) Els entorns on les persones conviuen com el barri, l'escola o el lloc de treball. E) Els eixos de desigualtat: tots els factors anomenats anteriorment canvien en funció dels eixos de desigualtat, i per tant afecten a la salut de forma diferent (Borrell et al. 2012; Borrell et al. 2013).

Figura 2. Els determinants socials de la salut i de les desigualtats en salut a les àrees urbanes



### 1.3. Les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona

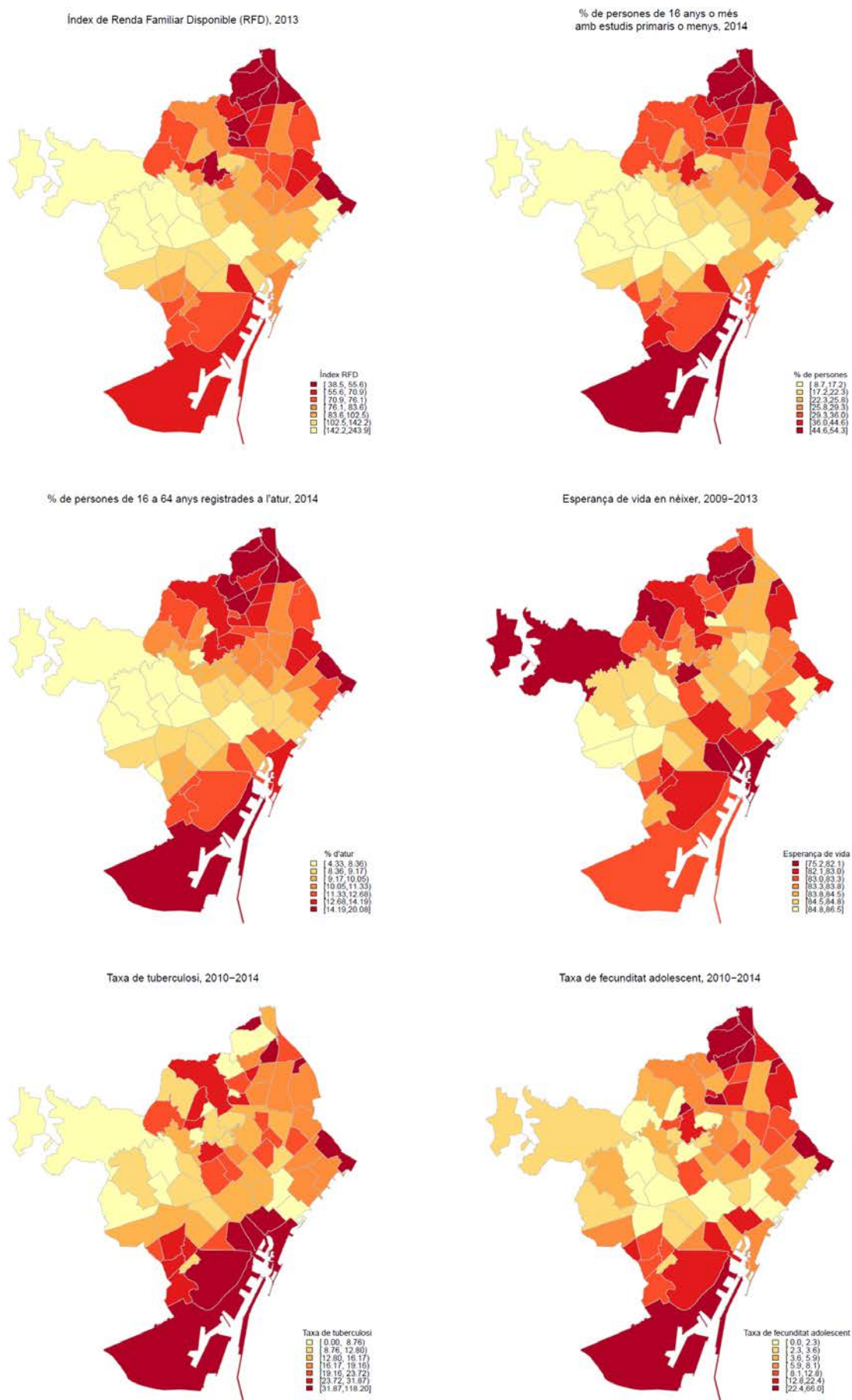
Nombrosos estudis, a nivell internacional i també en el nostre medi, mostren que hi ha desigualtats en la salut i en els hàbits de vida relacionats amb la salut entre grups segons característiques socials i econòmiques. Els principals eixos de desigualtat, a més a més del territori o àrea de residència, són el gènere, el nivell socioeconòmic, el país d'origen i l'opció sexual, trobant com per la majoria d'indicadors analitzats es mostren pitjors resultats en aquells grups més desfavorits.

#### • Les desigualtats en salut segons territori

La ciutat de Barcelona, igual que altres nuclis urbans, presenta una gran heterogeneïtat social entre zones diferents (entre districtes i barris), amb àrees amb un alt nivell de benestar i àrees amb pitjors condicions físiques i socioeconòmiques que produeixen entorns poc saludables i on es concentra la població més desfavorida i vulnerable, cosa que provoca importants desigualtats territorials en salut.

Així, podem veure que la distribució de diversos indicadors socioeconòmics tal com l'índex de Renda Familiar Disponible (indicador sintètic que pretén aproximar-se a la renda disponible mitjana de les famílies residents a l'àrea sobre la què es calcula), el percentatge de persones de 16 anys o més amb estudis primaris o menys, o l'atur registrat, és tal que hi ha uns barris de la ciutat que sistemàticament presenten pitjors resultats, principalment aquells situats al sud-est i nord de la ciutat (que corresponen majoritàriament als districtes de Ciutat Vella i Nou Barris, i parts de Sants-Montjuïc, Sant Andreu i Sant Martí). Per contra, a altres barris de la ciutat aquests indicadors són favorables, com la majoria dels del districte de Sarrià-Sant Gervasi i de Les Corts. Aquesta distribució és molt similar a la que presenten altres indicadors que reflecteixen l'estat de salut per barris, com l'esperança de vida, la taxa de tuberculosi i la fecunditat adolescent (veure Figura 3).

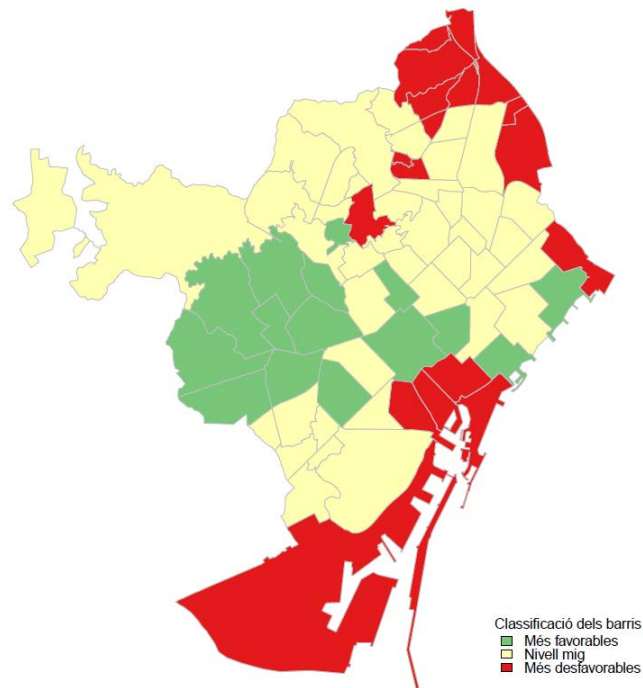
*Figura 3. Distribució per barris de diversos indicadors socioeconòmics i d'estat de salut.*





L'informe de Salut del 2014 va fer servir per primera vegada l'eina Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool, instrument per a l'avaluació de l'equitat en salut i per a la resposta en àrees urbanes), instrument desenvolupat per la Organització Mundial de la Salut (OMS) i altres actors que permet identificar i analitzar desigualtats en salut entre persones que viuen en diferents àrees de la ciutat o que pertanyen a diferents grups socioeconòmics per tal de facilitar la presa de decisions d'estratègies efectives per a reduir aquestes desigualtats (World Health Organisation, 2010). Aquest instrument, que va utilitzar diferents indicadors de salut i dels seus determinants, va permetre identificar els barris amb pitjors indicadors socioeconòmics i de salut on prioritzar les accions per reduir les desigualtats en salut (veure Figura 4).

*Figura 4. Barris segons el grau de privació socioeconòmica i indicadors de salut.*

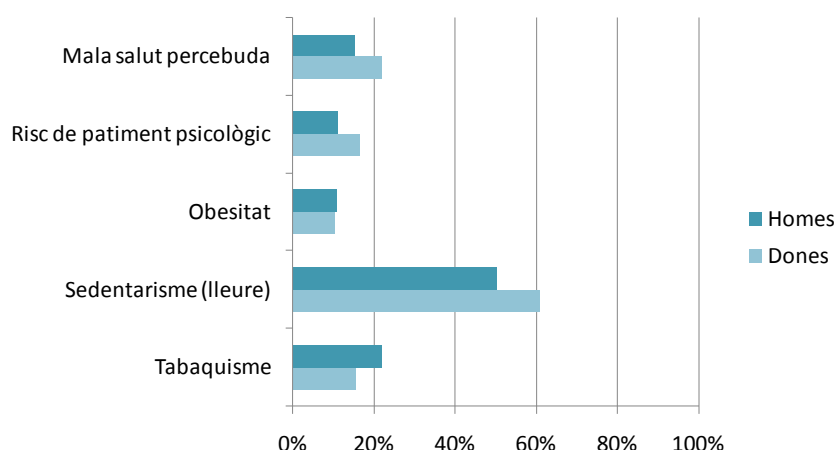


#### • Les desigualtats en salut segons gènere

Existeix evidència de l'existència de desigualtats en salut entre homes i dones, no tant per les diferències biològiques, sinó principalment per les diferències socials i econòmiques que es donen entre sexes. Aquestes diferències estan associades als diferents rols que mantenen homes i dones. Si bé, les dones viuen, en mitjana, més anys que els homes, els indicadors de salut i qualitat de vida de les dones mostren pitjors resultats (Figura 5): declaren un pitjor estat de salut, pateixen de limitació de l'activitat a causa de problemes de salut amb major freqüència, pateixen en general més trastorns crònics, i també una pitjor salut mental. En canvi, alguns problemes són més freqüents en els homes, com és l'accidentalitat per col·lisió de trànsit (6.970 homes i 4.410 dones lesionades el 2014; i 24 homes i 7 dones mortes durant les primeres 24 hores després de la col·lisió), les malalties transmissibles (el doble d'incidència de tuberculosi i 10 vegades de VIH), i també algunes conductes no saludables com el consum de tabac, tot i que en les generacions més joves elles ja fumen igual o més que ells (en els joves de 15 a 24 anys fumen de manera habitual un 19,1% de nois i un 23,8% de noies).



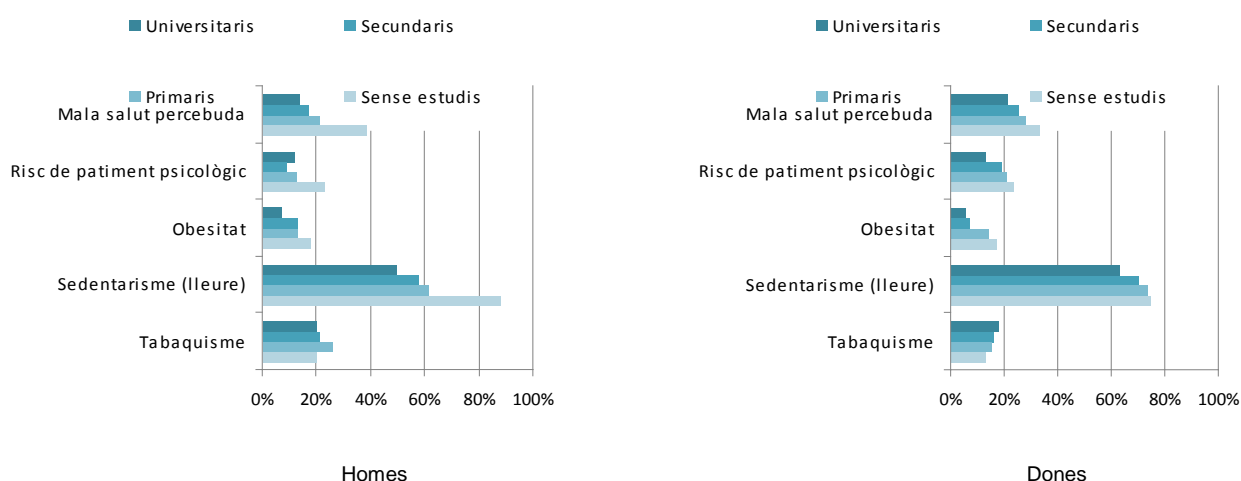
*Figura 5. Distribució de la salut i hàbits relacionats amb la salut en homes i dones, Enquesta de Salut de Barcelona (ESB) 2011.*



### • Les desigualtats en salut segons nivell socioeconòmic

A tot el món, estudis i treballs mostren l'existència de desigualtats en salut segons la posició socioeconòmica dels individus, tant si aquesta es mesura segons la classe social dels progenitors, el nivell d'estudis adquirits, la classe social ocupacional o el nivell d'ingressos i patrimoni, de manera que un nivell socioeconòmic favorable permet més recursos per assolir un bon estat de salut. Així, a Barcelona, s'observa com les persones amb menor nivell socioeconòmic ostenten pitjor salut percebuda, més trastorns crònics, i més risc de patiment psicològic. Igualment, el consum de tabac i el sedentarisme són més freqüents en els individus amb menor nivell socioeconòmic (Figura 6). D'altra banda, s'estima una major esperança de vida en persones amb estudis universitaris respecte els que no tenen estudis: 4 anys en els homes i 2 anys en les dones (Bartoll 2015).

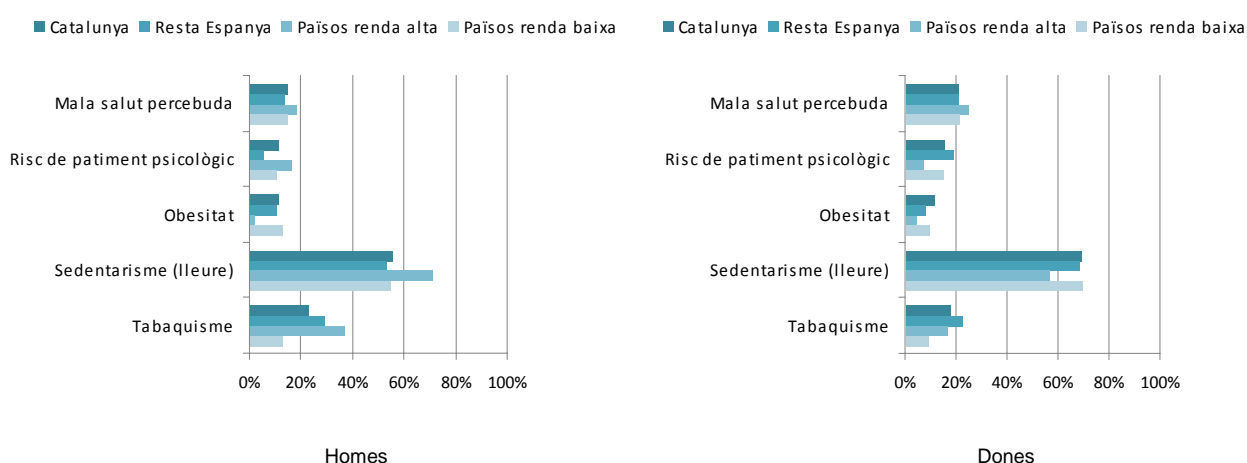
*Figura 6. Distribució de la salut i hàbits relacionats amb la salut segons el nivell d'estudis, ESB-2011.*



## • Les desigualtats en salut segons país d'origen

A l'igual que a la resta de l'estat Espanyol, l'arribada de la població immigrant, majoritàriament per motius econòmics i originària de països de renda baixa i/o en desenvolupament, ha canviat la realitat social i econòmica del país i de les ciutats i pobles que han rebut principalment aquestes poblacions. Si bé, la majoria de la població nouvinguda és població jove i sana, la seva inserció majoritària en la part més baixa de l'escala social pot acabar afectant la seva salut en el llarg termini (Malmusi et al. 2010). En aquest sentit, les dades de l'última enquesta de salut a la ciutat (Figura 7) mostren alguns indicadors de salut similars als de la població autòctona (salut percebuda i risc de patiment psicològic) o favorables (patiment de trastorns crònics, restricció de l'activitat per problemes de salut, o tabaquisme). No obstant, les desigualtats més destacables s'observen en la incidència de nous casos de tuberculosi, així com de VIH o lesions d'accident entre altres (Bartoll 2015).

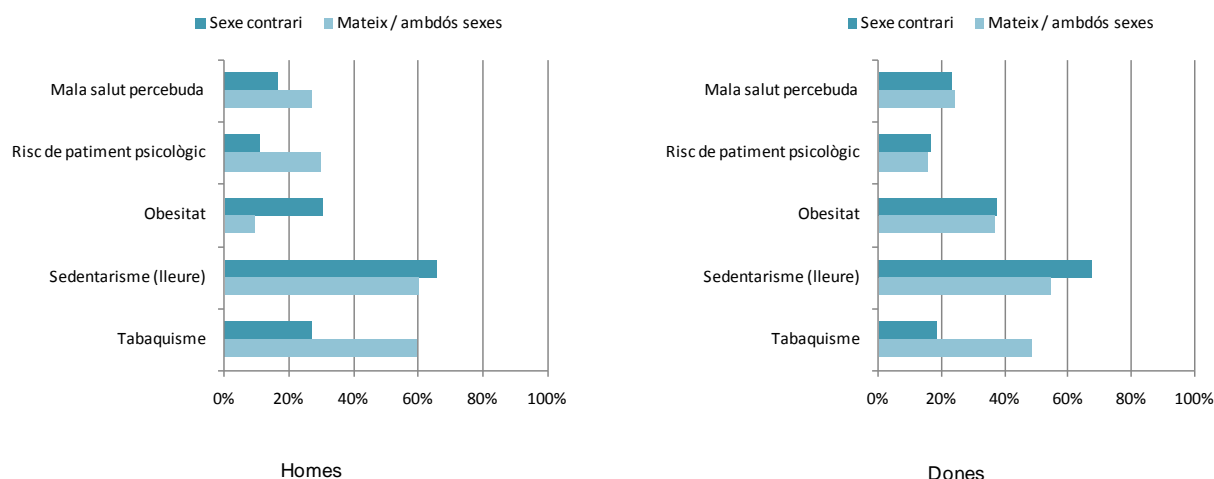
Figura 7. Distribució de la salut i hàbits relacionats amb la salut segons el país de naixement, ESB-2011.



## • Les desigualtats en salut segons opció sexual

Les persones de 15 a 65 anys que declaren sentir-se atretes per persones del mateix sexe o per ambdós sexes són més joves, no obstant, en el cas dels homes d'aquest grup la prevalença de mala salut percebuda i de mala salut mental és pràcticament el doble que la del grup d'homes que se senten atrets per persones del sexe contrari (Figura 8). També destaca la baixa prevalença d'obesitat en els homes que es senten atrets per homes. D'altra banda, consumeixen en major mesura tabac, alcohol i drogues il·legals.

Figura 8. Distribució de la salut i hàbits relacionats amb la salut segons l'opció sexual, ESB-2011.



## 1.4. Intervencions per reduir les desigualtats en salut

La reducció de les desigualtats socials en salut necessita un abordatge multisectorial, on les accions des del sistema d'atenció sanitària i de salut pública han d'acompanyar-se d'una acció en la mateixa línia d'aquelles àrees de govern que tenen influència en els factors socials, econòmics, ambientals i conductuals que determinen les desigualtats en salut. A continuació es recullen les principals recomanacions de comissions de persones expertes a nivell internacional i de l'Estat espanyol; alguns principis per orientar les intervencions; una descripció del que s'entén per intervencions de salut comunitària; i conceptes i experiències d'acció intersectorial en salut i d'avaluació d'impactes en salut de les polítiques públiques.

### • **Recomanacions sobre línies prioritàries d'acció**

L'any 2005 la **Organització Mundial de la Salut** va constituir la Comissió sobre els Determinants Socials de la Salut amb l'objectiu d'ajudar els Estats membres a actuar sobre els factors socials causants de mala salut i de les desigualtats en salut. En el seu informe final, l'any 2008, la Comissió va afirmar que "La injustícia social està acabant amb la vida de moltíssimes persones" i va fixar tres eixos bàsics d'acció:

- *Millorar les condicions de vida*, és a dir, les circumstàncies en què la població neix, creix, viu, treballa i envellaix.
- *Lluitar contra la distribució desigual del poder, els diners i els recursos*, és a dir, els factors estructurals dels quals depenen les condicions de vida, a nivell mundial, nacional i local.
- *Mesurar la magnitud del problema*, avaluar les intervencions, ampliar la base de coneixements, dotar-se de personal capacitat en determinants socials de la salut i sensibilitzar l'opinió pública al respecte. (CSDH, 2008)

Arran de la publicació de l'informe de la OMS, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad va constituir una **Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España**, que va treballar entre 2008 i 2010, i va seleccionar un total de 166 recomanacions que es van presentar ordenades per prioritat i dividides en 14 àrees que abasten l'acció sobre el context polític i la distribució de recursos; les condicions de vida i treball al llarg del cicle vital; els entorns de vida; els serveis sanitaris; i la informació, investigació i docència. Les recomanacions incloses són molt diverses, per exemple pel que fa al nivell de concreció (molt generals, com "Proveir una educació pública de qualitat", o molt detallades, com "Facilitar beques de menjador escolar"), així com al nivell territorial (estatal, autonòmica o local) i sector de competència.

Podrien destacar-se com missatges clau de les cinc parts:

- La reducció de les desigualtats socials en salut no és possible sense un compromís per impulsar la salut i l'equitat en totes les polítiques i per avançar cap a una societat més justa.
- Són necessàries polítiques públiques per millorar les condicions de vida al llarg de tot el cicle vital: una educació de qualitat des de la primera infància, llocs de treball i salaris adequats, prestacions de protecció de la desocupació, prestacions per a la dependència i pensions mínimes dignes.
- S'ha de fomentar l'accés a entorns de vida (barris, pobles i habitatges) generadors de salut, començant per les àrees més desfavorides. La promoció de la salut s'ha de basar en la creació d'entorns afavoridors d'hàbits saludables i prioritzar la participació de la població més desfavorida.
- És important que es mantingui i millori la cobertura, l'accés i la qualitat del Sistema Nacional de Salut, i es dissenyin els programes sota la perspectiva d'equitat.

- Cal disposar de dades i sistemes de vigilància, recursos per a la investigació i per a l'avaluació de l'impacte en la salut, i espais de formació per als actuals i els futurs professionals sanitaris, de salut pública i d'altres sectors implicats. (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015)

Malauradament, l'adopció i implementació posterior d'aquestes recomanacions per part del Govern de l'Estat va ser mínima, limitant-se a una "estratègia d'equitat" de l'àrea de Promoció de la Salut de la Direcció General de Salud Pública, amb accions formatives per tècnics dels departaments de salut autonòmics, amb escassa capacitat d'influència en la resta d'àrees de Govern i un nul compromís polític.

- **Principis d'intervenció**

S'han descrit tres aproximacions complementàries a la reducció de desigualtats en salut: focalització en millorar la salut dels grups més vulnerables; reducció de les desigualtats entre aquests grups i els més afavorits; i reducció de les desigualtats en tota la població, tenint en compte el conjunt del gradient social. Les experiències recents donen suport a la necessitat de prioritzar aquest últim enfocament, amb *accions dirigides a tota la població, però amb intensitat creixent en funció del nivell de desavantatge social ("universalisme proporcional")*. Per exemple, l'acció comunitària a nivell local en àrees desfavorides és necessària, encara que no serà suficient si no s'acompanya de mesures universals com l'existència de sistemes educatiu i sanitari universals i gratuïts de qualitat, l'augment de serveis i prestacions per a la dependència, etc. (Borrell et al. 2012)

Per tant, les intervencions per reduir les desigualtats no es poden centrar només en els barris més desfavorits. També és necessari posar en marxa polítiques que actuïn sobre el conjunt de la població de la ciutat per tal d'assolir un major impacte en la reducció de les desigualtats en salut.

- **Intervencions de salut comunitària**

El concepte de salut comunitària està íntimament lligat al dels determinants socials de la salut. La intervenció en salut comunitària és una estratègia que té com finalitat la millora de la salut d'una comunitat definida, per exemple un barri, a partir d'una concepció social de la salut, que té en compte el context social en què es produeixen els fenòmens de salut-malaltia i aplica un abordatge integral tenint en compte els nivells macro i microsocial i la participació de les comunitats, institucions i la resta de sectors en la presa de decisions.

Els Ajuntaments tenen un paper central per coordinar esforços amb altres institucions i amb la comunitat per a la millora de la salut. Es tracta d'adoptar un abordatge que inclou la comprensió del context comunitari (per exemple, mesurant la naturalesa i abast de les desigualtats en la salut dins de la ciutat i identificant les necessitats i els actius dels barris més desfavorits); la planificació col·laborativa; la priorització i el desenvolupament d'intervencions comunitàries; avaluar-les i garantir-ne la sostenibilitat (Diez et al. 2012).

Hi ha un ampli ventall d'intervencions potencials a desenvolupar per millorar la qualitat de vida als barris per a tothom i particularment pels que viuen en els entorns més desfavorits. Són necessàries intervencions adreçades a totes les etapes del cicle vital. Les intervencions en la infància i les famílies són fonamentals, tenint en compte que les conseqüències per a la salut de les experiències positives i adverses en la infantesa no es limiten només a aquesta etapa, sinó que continuen al llarg de la seva vida adulta i amenacen també el desenvolupament social i econòmic. Tanmateix, cal dedicar una atenció especial a la gent més gran, un patrimoni humà i cívic valuós del qual cal aprendre i que cal implicar, i que pateix la major càrrega de problemes de salut. També és necessari identificar els col·lectius més vulnerables en cada barri i desenvolupar intervencions específiques.

Per a la millora dels barris és necessari que les persones, el teixit associatiu, les administracions, i la resta d'agents socials i econòmics treballin junts per aconseguir allò que realment importa a la gent que viu en un barri, coses molt diverses totes elles relacionades amb la salut i el benestar – des del fracàs escolar, a les condicions de l'habitatge o la solitud de les persones grans – per la qual cosa les intervencions han de ser necessàriament intersectorials.

**Salut als Barris a Barcelona** (SaBB) és un programa iniciat per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) l'any 2008 que té com a objectiu reduir les desigualtats en la salut entre barris de Barcelona mitjançant l'acció comunitària en les zones beneficiàries de la Llei de Barris de Catalunya o en els barris en situació més desfavorida. En l'actualitat està en diverses fases de desenvolupament a 13 barris: La Barceloneta, Sant Pere Santa Caterina i la Ribera, El Raval, El Poble-sec, Les Roquetes, Ciutat Meridiana, Torre Barró, Vallbona, La Trinitat Nova, El Bon Pastor, Baró de Viver, El Besòs i el Maresme, La Verneda i la Pau.

A cada territori SaBB es desenvolupa en sis fases: 1) establiment d'aliances polítiques i creació d'un grup motor intersectorial i amb participació comunitària; 2) anàlisi de necessitats i d'actius en salut amb mètodes quantitatius i qualitatius; 3) priorització comunitària dels problemes i identificació de les intervencions a desenvolupar d'acord amb l'evidència de la seva efectivitat; 4) implementació de les actuacions; 5) avaluació sistemàtica de l'impacte de les intervencions i 6) manteniment.

SaBB ha impulsat intervencions molt diverses adreçades a diferents grups d'edat i a aspectes com la criança i el desenvolupament infantil, l'oci saludable en joves, o la solitud i l'inactivitat física en la gent gran, entre altres. En són alguns exemples:

- el *Programa de Desenvolupament d'Habilitats Parentals*, adreçat a famílies amb dificultats de convivència entre pares i fills, que ha demostrat millorar les habilitats de criança, reduir l'estrès parental, augmentar el suport social de mares i pares i millorar les conductes dels infants;
- el programa *Activa't als parcs de Barcelona*, en col·laboració amb l'Institut Barcelona Esports, que ofereix a les persones grans dos dies d'activitat física gratuïta durant una hora i mitja. Es tracta d'activitat especialment recomanada per a la gent gran: un dia tai-txi i txi-kung per millorar l'elasticitat, l'equilibri i la tonificació i un altre, una caminada per fer exercici aeròbic;
- les *Escoles de Salut*, un espai d'aprenentatge dinàmic i participatiu amb temes especialment interessants per a la gent gran, orientats a un envelliment actiu i saludable, i que ha demostrat el seu potencial per augmentar el suport social de les persones grans;
- *Baixem al carrer*, que facilita sortides de casa, amb l'ajuda de persones voluntàries, a gent gran amb dificultats de mobilitat i barreres arquitectòniques a casa seva, i que ha demostrat reduir l'aïllament, millorar el seu estat de salut general i el benestar psicològic.

Tot i l'esforç encomiable dels professionals de l'ASPB i de la resta d'actors territorials participants en SaBB per desenvolupar programes innovadors, avaluar-ne els efectes i arribar als col·lectius més desafavorits, la poca disponibilitat de recursos (2 tècnics en dedicació exclusiva i 60.000€ l'any per intervencions) ha impedit el ple desenvolupament del seu potencial i un major impacte sobre el conjunt de la població dels barris inclosos.

### • Acció intersectorial per reduir les desigualtats en salut

Estudis científics internacionals demostren que es poden reduir les desigualtats socials en salut amb accions fora de l'àmbit sanitari. Els països d'Europa amb polítiques més orientades a l'igualtat de gènere o a la integració de les persones immigrades aconsegueixen nivells més petits de desigualtats en salut per raó de gènere i lloc de procedència, respectivament. A la mateixa ciutat de Barcelona, s'han pogut identificar els beneficis en salut de la regeneració urbana integral, la rehabilitació energètica dels habitatges o els serveis d'atenció domiciliària, entre altres. (SOPHIE project, 2015)

Tal i com s'ha deixat de manifest, per reduir les desigualtats en salut cal actuar sobre els determinants socials i d'entorn, i establir mesures de col·laboració entre els diversos sectors, eixamplant la perspectiva reduïda a l'atenció sanitària. Tot i que la salut no sigui un aspecte explícit, cada política sectorial afecta directament i indirectament a la salut i a les desigualtats en salut (Borrell et al. 2012). Aquesta constatació és la que mou l'estratègia de **salut en totes les polítiques**, definida com "un acostament a les polítiques públiques en tots els sectors, que té en compte sistemàticament les conseqüències per a la salut de les decisions, busca sinergies i evita impactes perjudicials per tal de millorar la salut de la població i l'equitat en salut". L'enfocament de salut en totes les polítiques té com a objectiu promoure la salut a través de polítiques que

estan sota el control d'altres sectors, tenint en compte la majoria dels determinants de la salut estan fora del sector salut (Stahl et al., 2006). El propòsit és prevenir els eventuais efectes perjudicials i també promoure sinèrgies beneficioses entre els objectius propis de la política en qüestió i la millora de la salut de la població que se'n pot derivar.

L'equitat en salut en totes les polítiques requereix la creació de comissions intersectorials amb suficient autoritat delegada, capacitat per identificar les polítiques públiques amb més potencial per reduir les desigualtats en salut i donar-li impuls (Borrell et al. 2012). A Catalunya, la Llei de Salut Pública 18/2009 va establir les bases per desenvolupar l'estratègia de Salut en Totes les Polítiques a partir de l'elaboració d'un Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP). El PINSAP es va aprovar per primera vegada l'any 2014, amb el propòsit de "mobilitzar i responsabilitzar els diversos àmbits de govern per millorar els nivells de salut per mitjà de l'actuació sobre els seus principals determinants, tant estructurals com d'estils de vida". Les activitats del PINSAP es desenvolupen en dues dimensions: d'una banda, les que promou cadascun dels departaments en l'exercici de la seva pròpia responsabilitat i les seves competències i que poden ser objecte de millora com a conseqüència de la inclusió al PINSAP; d'altra banda, les que són una nova proposta d'actuació en el marc del PINSAP en cadascun dels àmbits tractats (ASPCAT, 2014). Tanmateix, els principals punts febles del PINSAP són la falta de pressupost addicional per aquestes noves accions, i el fet que la perspectiva d'equitat i de reducció de les desigualtats en salut s'incorpora només en part en el plantejament, i encara en menor mesura en els seus objectius, reptes principals i línies d'actuació. Per aquests motius, l'estratègia d'acció conjunta per la reducció de les desigualtats en salut de la ciutat de Barcelona estudiarà les possibles sinèrgies amb l'estructura i les actuacions concretes del PINSAP, però mantindrà un enfocament orientat principalment a accions que proporcionin majors beneficis en salut als grups socials en situació menys afavorida i amb pitjors indicadors de salut.

### • **Avaluació d'impacte en salut**

L'Avaluació d'Impacte en salut (AIS) és un instrument que facilita la inclusió de la salut en la presa de decisions i el disseny de polítiques públiques. L'OMS la defineix com 'una combinació d'eines, procediments i mètodes pels quals una política, programa o projecte és jutjat pels seus efectes potencials en la salut de la població i la seva distribució en la mateixa'. L'AIS proporciona a les persones que han de prendre decisions un marc estructurat basat en l'evidència, l'estimació dels impactes i l'emissió de recomanacions. Incorpora una visió integral de la salut i els seus determinants socials, l'equitat en salut i el treball intersectorial, i ajuda a visualitzar els impactes en salut i en les desigualtats en salut que poden tenir les polítiques d'altres sectors.

L'AIS s'ha difós àmpliament a diversos països d'Europa, com els Països Baixos, els països nòrdics, El Regne Unit o Irlanda, especialment a nivell local. A l'estat espanyol l'aplicació de l'AIS es limita a algunes experiències pilot, principalment en l'àmbit de l'urbanisme i la planificació urbana. Tanmateix, la seva presència en els marcs legals, fruit de les reformes de la salut pública, és creixent. La Llei de Salut Pública de Catalunya 2009 esmenta l'AIS com una eina per els i les professionals de la salut pública. A nivell estatal, la Llei de Salut Pública 2010 estableix que 'les administracions públiques hauran de portar a terme AIS amb regulacions, plans, programes i projectes que impactin significativament en la salut' (Diez, 2012). Aquests marcs legals i el desenvolupament d'estratègies de salut en totes les polítiques, en les que l'AIS sol ser un component important, poden facilitar la difusió i aplicació pràctica d'aquest instrument en els propers anys.

## » **02. Objectius de la Mesura de Govern**

Reduir les desigualtats en salut entre els 18 barris identificats amb pitjor situació i la resta de la ciutat.

Reduir les desigualtats en salut segons classe social, gènere, origen geogràfic i opció sexual a la ciutat.

## » **03. Accions**

Aquestes són les primeres accions que s'han posat o es posaran en marxa els propers mesos per començar a abordar aquest repte.

## **a. Acció conjunta de Govern**

1. **Adoptar una estratègia intersectorial de reducció de desigualtats en salut.** No serà possible disminuir significativament les desigualtats socials en salut sense actuar sobre les seves causes socials. Totes les àrees de govern hauran de fer una reflexió conjunta per adoptar la perspectiva de salut i equitat, i així millorar la salut i sobretot reduir les desigualtats en salut amb les seves polítiques. Es constituïran taules de treball multilateral i bilateral, a nivell polític i tècnic, per abordar aquest repte de manera sistemàtica i coordinada.
2. **Identificar i reforçar les polítiques municipals que poden reduir les desigualtats en salut.** S'establiran metodologies per tal de facilitar que totes les àrees identifiquin les seves accions que poden tenir impactes, siguin positius com negatius, en salut i en les desigualtats en salut, i les reforcin o reorientin per tal de maximitzar els beneficis. Cada Tinència, Regidoria i Comissionat haurà d'identificar almenys una acció amb impacte en cadascun dels eixos de desigualtat en salut (territori, classe social, gènere, origen, opció sexual). Alguns exemples de mesures ja presentades per altres àrees de govern o presents en el programa del Govern que poden ajudar a disminuir desigualtats en salut són:
  - 1) Economia i Treball: Plans d'Ocupació per donar feina a col·lectius amb major risc d'exclusió del mercat laboral. Reforç de les clàusules socials i laborals en les contractacions externes de l'Ajuntament.
  - 2) Acció Social: ampliació del Servei d'Atenció a Domicili, Àpats en Companyia i de les beques menjador.
  - 3) Habitatge: mesures per fer front a l'emergència habitacional i rehabilitació energètica d'habitatges.
  - 4) Cicle de Vida: estratègia de transversalitat de gènere, pla per fer front a la feminització de la pobresa.
3. **Iniciar noves actuacions per reduir les desigualtats en salut en totes les àrees.** En la mateixa línia, cada Tinència, Regidoria i Comissionat haurà de desenvolupar almenys una nova actuació específicament orientada a la disminució de les desigualtats en salut.
4. **Disminuir les desigualtats territorials amb reformes integrals.** El Govern té en el seu programa impulsar reformes integrals, transversals i participades en els barris més necessitats de la ciutat. Estudis previs han demostrat els beneficis en salut d'aquest tipus de reformes. L'Ajuntament ja n'està redactant les directrius, i podran contribuir també a la reducció de desigualtats en els determinants socials de la salut.
5. **Crear l'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals.** Aquest Observatori, adscrit al Gabinet Tècnic de Programació, complirà una doble funció. Per una banda, servirà per visualitzar la situació dels diferents barris i grups socials pel que fa la salut i els seus determinants, i per fer el monitoratge de l'evolució de les desigualtats en salut. A tal efecte, centralitzarà la informació que ja produeixen el Departament d'Estadística i l'ASPB, entre d'altres, sistematitzant la recollida i publicació d'una bateria d'indicadors clau sobre l'estat de salut, qualitat de vida i entorn social i econòmic a la ciutat i en els seus barris i grups socials. En segon lloc, durà a terme avaluacions d'impacte en salut monogràfiques de polítiques específiques: tant a priori, per identificar els impactes potencials i punts de millora per maximitzar els beneficis en salut, com a posteriori, per comprovar si les polítiques han tingut un efecte real sobre les desigualtats en salut.

## **b. Accions del Comissionat de Salut**

1. **Presentar dades periòdiques de desigualtats socials en salut a la ciutat.** Estudiar i fer públic i visible un problema és el primer pas necessari per poder actuar. Una de les primeres decisions del Comissionat de Salut ha estat la de incloure els mapes de salut per barris i la matriu Urban HEART en l'informe "La salut a Barcelona 2014", donar-li ressò públic i portar l'informe al Plenari. Continuarem informant sobre la situació i evolució de les desigualtats en salut a la ciutat, tant territorials com entre grups socials, perquè pugui continuar sent una preocupació i eix d'actuació del govern i dels actors socials i econòmics de la ciutat.



2. **Reforçar i estendre el Programa de Salut als Barris.** Salut als Barris, programa de l'ASPB, té com a objectiu reduir les desigualtats en la salut entre barris de Barcelona mitjançant l'acció comunitària en els barris en situació més desfavorida. El programa es troba en fase d'implementació o manteniment en 11 dels barris prioritaris, on impulsa intervencions en àrees com la salut sexual, les habilitats parentals, la promoció de l'oci saludable i l'activitat física, la prevenció de l'obesitat o la prevenció de la solitud en gent gran. Hem proposat augmentar l'any 2016 la dotació pressupostària d'aquest programa en 300.000€, un increment del 188% respecte al 2015, per tal d'augmentar el pressupost per intervencions en els barris on ja funciona, i estendre'l a 7 barris més (Verdum, Can Peguera, Turó de la Peira, Trinitat Vella, Gòtic, Carmel i Marina del Prat Vermell) amb la contractació de nous tècnics i amb pressupost per les primeres intervencions. A aquests efectes, ja s'ha iniciat la diagnosi específica d'actius i problemes en aquests barris que permetrà prioritzar els aspectes sobre els quals cal intervenir.
3. **Reforçar la qualitat i equitat de l'atenció sanitària a la ciutat.** El Comissionat vetllarà per la millora de la qualitat de l'atenció sanitària a la ciutat, i del seu caràcter públic i universal, reforçant especialment la vessant de l'atenció primària que més impactes té sobre la salut de la població. En les negociacions sobre recursos sanitaris i l'elaboració del nou conveni d'equipaments sanitaris (2016-2023) entre Ajuntament i Generalitat en el marc del Consorci Sanitari de Barcelona, es tindrà en compte la situació socioeconòmica i de salut dels barris i districtes, per tal de que hi hagi més recursos allà on les necessitats de salut són més acusades. També es promourà l'elaboració de plans d'equitat social en els centres sanitaris, tant els que gestiona l'Ajuntament (via PAMEM) com a través del Consorci Sanitari de Barcelona, per tal de que els professionals identifiquin com millorar la qualitat i efectivitat de l'atenció en els grups amb major necessitat. S'instarà la Generalitat a revertir les retallades en atenció sanitària, i poder valorar conjuntament i públicament l'equitat i efectivitat del model sanitari vigent.
4. **Assegurar l'empadronament i l'accés a la targeta sanitària a tota la població resident.** Per garantir l'accés universal a la sanitat pública de les persones presents a la ciutat amb la intenció de residir-hi, s'està reforçant l'estratègia d'empadronament actiu, s'estan identificant i intentant eliminar les principals traves a l'empadronament, i es mantenen converses amb el CatSalut per superar les barreres administratives que es detecten en l'aplicació de la Instrucció 08/2015 (que regula l'accés a l'assistència sanitària dels ciutadans estrangers que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut), i eliminar el temps de latència de 3 mesos entre empadronament i obtenció de la targeta. Tanmateix, s'instarà el Ministerio de Sanidad, conjuntament amb altres municipis, a recuperar la universalitat de la cobertura pública.
5. **Facilitar la cobertura econòmica de fàrmacs a persones en situació de pobresa.** L'any 2016 es destinaran 100.000€ a un conveni amb entitats del Tercer Sector per a què persones que no poden fer front al copagament de medicaments prescrits en el sistema sanitari públic puguin acudir a aquesta entitat on se li faciliti la cobertura. S'instarà la Generalitat a millorar la progressivitat dels actuals trams de copagament farmacèutic i ampliar els casos d'exempció per insuficiència de recursos, amb l'horitzó de poder suprimir allò que considerem un repagament.
6. **Identificar subàrees i subgrups de poblacions vulnerables que requereixen intervenció.** L'ASPB realitzarà un informe on es detectaran aquests subconjunts de població en barris que de mitjana no tenen indicadors socioeconòmics i de salut dolents, i es definiran accions específiques per millorar-ne la salut.
7. **Incrementar les subvencions a entitats per programes que redueixin les desigualtats en salut.** S'augmentarà la dotació de subvencions en 75.000€ l'any 2016, i en totes les línies de finançament es considerarà com a criteri de puntuació el grau de penetració de les accions en els barris prioritaris i grups socials més desafavorits. S'inclourà també una línia de finançament específica per accions per reduir les desigualtats en salut a través de l'acció sobre els determinants socials.
8. **Iniciar un programa de "prescripció social" per persones amb malalties cròniques.** Una manera per visibilitzar la importància dels determinants socials per la salut, és que Salut destini pressupost a

cofinançar actuacions d'altres àrees de govern sobre els mateixos. De manera pilot i simbòlica, el Comissionat de Salut ha reservat una partida de 30.000€ l'any 2016, per cofinançar intervencions d'altres àrees que facin front a necessitats socials que agreugen la situació de salut de persones amb patologies cròniques. Aquestes persones s'identificaran en la xarxa de serveis públics, inicialment en algun dels barris prioritaris, i rebran una "prescripció" d'un professional sanitari que, segons criteris a establir, les donarà prioritat en la recepció de serveis o recursos d'altres àrees, com Serveis Socials, Habitatge o Treball, per exemple.

9. **Incorporar el criteri d'equitat en totes les actuacions del Comissionat.** En el desenvolupament d'altres línies estratègiques i mesures de govern com la salut sexual i reproductiva, la salut mental o el suport a persones cuidadores, i en el conjunt d'actuacions dirigides a la millora de la salut de la ciutadania, es farà un esforç especial per arribar als barris prioritaris i als grups socials més desafavorits.

## » 04. Seguiment

Es formarà una Comissió de Seguiment formada per persones de l'Ajuntament, de l'ASPB i persones expertes externes, que establirà els indicadors d'avaluació, monitoritzarà periòdicament el compliment de la mesura i l'evolució de les desigualtats, i proposarà millores a les accions aquí presentades. També es farà un retorn periòdic al Govern, a les taules de treball intersectorial, i als espais de participació en salut.

El seguiment tècnic del compliment dels objectius i indicadors de la Mesura es realitzarà i es presentarà a la ciutadania en el marc del citat Observatori d'Impactes en Salut. L'informe anual de l'ASPB "La salut a Barcelona" també inclourà indicadors d'evolució de les desigualtats en salut. L'Enquesta de Salut de Barcelona que es realitzarà durant el primer semestre de 2016 constituirà un punt de partida per molts indicadors, i es valorarà utilitzar les dades de Barcelona de l'Enquesta de Salut de Catalunya continua o realitzar una enquesta específica més reduïda abans del 2021.

Exemples d'indicadors de procés, de compliment de les accions de la mesura, són:

- Nombre de noves actuacions desenvolupades pel conjunt d'àrees de Govern i pressupost destinat;
- Nombre d'indicadors actualitzats, avaluacions monogràfiques i visites a la web de l'Observatori;
- Proporció d'indicadors que es presenten desglossats per eixos de desigualtat a l'Informe de Salut;
- Nombre de barris iniciats per Salut als barris, programes instaurats, usuaris dels programes; satisfacció dels usuaris;
- Nombre i proporció de nous equipaments sanitaris en els 18 barris prioritaris;
- Nombre de centres sanitaris amb plans d'equitat;
- Nombre de persones beneficiàries de la cobertura farmacèutica;
- Nombre de projectes subvencionats per Salut que actuen sobre els determinants socials;
- Nombre de persones beneficiàries del programa de prescripció social i € invertits en el programa pel conjunt del Govern.

Exemples d'indicadors d'impacte de la mesura són:

L'any 2021 respecte l'any 2016,

millora de la salut general percebuda i la salut mental en el conjunt dels 18 barris prioritaris, i disminució del 15% de la diferència entre aquests i la resta de la ciutat;

millora de la salut general percebuda i la salut mental en la classe social de treballadors manuals no qualificats, i disminució del 15% de la diferència amb la classe social de professionals i directius;

millora de la salut general percebuda i la salut mental en les dones residents a Barcelona, i disminució del 15% de la diferència amb els homes;

No és esperable un impacte de la mesura en el curt termini sobre l'esperança de vida. Tot i així, ens proposem com a horitzó que l'any 2020, cap barri es trobi per sota dels 80 anys d'esperança de vida, i cap barri tingui 10 o més anys de diferència amb un altre barri de la ciutat.

## » 05. Referències

Agència de Salut Pública de Catalunya. Pla Interdepartamental de Salut Pública. Barcelona; 2014.

Bartoll X (coord.). La salut a Barcelona 2014. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2015.

Bartoll X, Salvador M, Allué N, Borrell C. Enquesta de salut de Barcelona 2011. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2013.

Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22(5):465-73.

Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí L. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities; 2012.

Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. J Epidemiol Community Health. 2013;67(5):389-91.

Comisión Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization; 2008.

Diez E (coord.). Grup de treball en Avaluació d'Impacte en Salut. Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears. [http://webs.academia.cat/societats/publica/docs/grups\\_treball/grup\\_trebal\\_AIS\\_octubre\\_2012.pdf](http://webs.academia.cat/societats/publica/docs/grups_treball/grup_trebal_AIS_octubre_2012.pdf)

Diez E, Pasarin M, Daban F, Calzada N, Fuertes C, Artazcoz L, Borrell C. 'Salut Als Barris' En Barcelona, Una Intervención Comunitaria Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud. Comunidad. 2012;14: 121-26.

Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? Journal of Social Policy. 2004;33:115-51.

Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. Soc Sci Med. 2010;71(9):1610-9.

SOPHIE project consortium. Social and economic policies matter for health equity. Conclusions of the SOPHIE project. Barcelona: Addenda; 2015.

Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies. Prospects and Potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22:429-45.

Whitehead, M, and G Dahlgren. 2007. World Health Organization Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1.

World Health Organisation. Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Kobe: The WHO Centre for Health Development; 2010